

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

9-11 տարեկան (9 – 11 Years)

Երեխայի անունը և ազգանունը	Ծննդյան թվականը	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	Այսօրվա ամսաթիվը	Դպրոցի ո՞ր դասարանում է երեխան:
----------------------------	-----------------	--	------------------	---------------------------------

Ձևաթուղթը լրացնող անձը	<input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Բարեկամ <input type="checkbox"/> Ընկեր <input type="checkbox"/> Խնամակալ <input type="checkbox"/> Այլ (նշել)	Դպրոցի հաճախումներ Կանոնավո՞ր են: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
------------------------	--	---

Ձևաթղթի բոլոր հարցերին պատասխանեք հնարավորինս մանրամասնորեն: Շրջանակի մեջ առեք «Բաց թողնել» բառը, եթե չգիտեք պատասխանը կամ չեք ցանկանում պատասխանել: Անպայման խոսեք Ձեր բժշկի հետ, եթե այս ձևաթղթի հետ կապված որևէ հարց ունենաք: Պատասխանները, որպես Ձեր բժշկական արձանագրության մի մաս, պաշտպանված կլինեն:

Բանավոր թարգմանչի կարիքն ունե՞ք:
 Այո Ոչ

Clinic Use Only:

Nutrition

1	Ձեր երեխան ուտո՞ւմ է օրական առնվազն 3 կերակրաչափ կալցիումով հարուստ սնունդ, օրինակ՝ կաթ, պանիր, մածուն, սոյայի կաթ կամ թոֆու: <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
2	Ձեր երեխան ուտո՞ւմ է միրգ և բանջարեղեն օրական առնվազն երկու անգամ: <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
3	Ձեր երեխան ավելի հաճախ, քան շաբաթը մեկ անգամ, ուտո՞ւմ է բարձր յուղայնությամբ ուտեստներ, օրինակ՝ տապակած սնունդ, չիպսեր, պաղպաղակ կամ պիցցա: <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
4	Ձեր երեխան խմո՞ւմ է ավելի քան մեկ բաժակ (8 ունցիա) հյութ օրական: <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
5	Ձեր երեխան խմո՞ւմ է զովացուցիչ ըմպելիքներ, հյութեր, սպորտային / էներգետիկ ըմպելիքներ կամ այլ քաղցրացված ըմպելիքներ ավելի հաճախ, քան շաբաթը մեկ անգամ: <i>Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
6	Ձեր երեխան շաբաթվա գրեթե բոլոր օրերի՞ն է մարզվում կամ զբաղվում սպորտով: <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
7	Դուք մտահոգվա՞ծ եք Ձեր երեխայի քաշով: <i>Concerned about child's weight?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip

Physical Activity

8	<p>Ձեր երեխան դիտու՞մ է հեռուստացույց կամ խաղում համակարգչային խաղեր օրական 2 ժամից պակաս: <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety	
9	<p>Ձեր տանը տեղադրվա՞ծ է ծխի: <i>Home has a working smoke detector?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
10	<p>Ձեր տանը՝ հեռախոսի մոտ փակցվա՞ծ է Տոքսիկոլոգիական կենտրոնի հեռախոսահամարը (800-222-1222): <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
11	<p>Ձեր երեխան մի՞շտ է կապում հետևի նստատեղի ամրագոտին (կամ օգտագործում մանկական նստատեղ, եթե հասակը 4’9”-ից պակաս է): <i>Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4’9”)?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
12	<p>Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնու՞մ է լողավազանի, գետի կամ լճի մոտ: <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
13	<p>Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնու՞մ է մի տան մեջ, որտեղ հրացան է պահվում: <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
14	<p>Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնու՞մ է հրացան, դանակ կամ այլ տեսակի զենք կրող անձանց հետ: <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
15	<p>Ձեր երեխան մի՞շտ է կրում սաղավարտ հեծանիվ, անվատախտակ կամ սկուտեր վարելիս: <i>Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
16	<p>Ձեր երեխան երբևիցե եղե՞լ է չարաշահման կամ բռնության ակնատեսը կամ զոհը:? <i>Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
17	<p>Վերջի տարվա ընթացքում Ձեր երեխային որևէ մեկը հարվածե՞լ է, կամ նա հարվածե՞լ է որևէ մեկին: <i>Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
18	<p>Ձեր երեխային երբևիցե ծաղրե՞լ են, կամ նա անապահով զգացե՞լ է իրեն դպրոցում կամ Ձեր թաղամասում (կամ եղել է արդյոք ինտերնետային ծաղրի առարկա): <i>Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		
19	<p>Ձեր երեխան ամեն օր խոզանակով մաքրում և ատամնաբուժական թելով մաքրու՞մ է ատամները: <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		Dental Health
20	<p>Ձեր երեխան հաճա՞խ ունի տխուր և ընկճված տեսք: <i>Child often seems sad or depressed?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>		Mental Health

21	Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնո՞ւմ է ծխող անձի հետ: <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	Ձեր երեխան երբևիցե ծխե՞լ է ծխախոտ կամ ծամել ծխախոտաբույս: <i>Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip	
23	Ձեզ մտահոգո՞ւմ է այն հանգամանքը, որ Ձեր երեխան հաճույք ստանալու համար կարող է օգտագործել թմրամիջոցներ կամ ներշնչվող նյութեր, օրինակ՝ սուիինձ: <i>Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip	
24	Ձեզ մտահոգո՞ւմ է այն հանգամանքը, որ Ձեր երեխան կարող է օգտագործել ոգելից խմիչքներ, օրինակ՝ գարեջուր, գինի կամ ալկոհոլի բարձր պարունակություն ունեցող խմիչքներ: <i>Concerned that child may be drinking alcohol?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip	
25	Ձեր երեխան ունի՞ ընկերներ կամ ընտանիքի անդամներ, ովքեր խնդիր ունեն թմրադեղերի կամ ալկոհոլի հետ: <i>Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip	
26	Ձեր երեխան սկսե՞լ է ժամադրվել կամ «ժամանակ անցկացնել» ընկերների կամ ընկերուհիների հետ: <i>Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip	Sexual Issues
27	Դուք կարծո՞ւմ եք, որ Ձեր երեխան կարող է ակտիվ սեռական կյանքով ապրել: <i>Thinks child might be sexually active?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip	Other Questions
28	Դուք ունե՞ք հարցեր կամ մտահոգություններ Ձեր երեխայի առողջության, զարգացման կամ վարքի վերաբերյալ: <i>Questions or concerns about child's health or behavior?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip	

Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	